

30. JOHNSON, W. A. y PLICE, S. G.—Arch. Pathol., 48, 281, 1949.
31. JONES, P. E., LAMB, J. H. y GOLDMANN, L.—South Med. J. 43, 792, 1950.
32. KENNEDY, R. J. y MURPHY, L. R.—Amer. Journ. Med., 6, 672, 1949.
33. KIMMONT, D. C.—Brit. Journ. Derm., 64, 108, 1952.
34. KOOLJ, R.—Dermatologica, 101, 332, 1950.
35. KOOLJ, R.—Nederl. Tijdschr. Genesk., 94, 1,218, 1950.
36. KOSTER, L. y BEHR, E.—Acta. Med. Scand., 93, 30, 1937.
37. KRITZLER, R.—Proc. New York Pathol. Society, 47, 1940-41.
38. LARKIN, V. P. y cols.—Amer. J. Dis. Child., 67, 120, 1944.
39. LARSON, O. D. y OOTKIN, B. N.—Amer. J. Clin. Pathol., 11, 781, 1941.
40. MILLER, J. L. y KRITZLER, R. A.—Archiv. Derm. and Syphil., 47, 82, 1943.
41. MILLER, KRITZLER y cols.—Arch. Pathol., 43, 417, 1947.
42. MILLER, KRITZLER y cols.—Arch. Derm. and Syphil., 41, 681, 1940.
43. MOSTOFI, F. K y ENGELMANN, E.—Arch. Pathol., 43, 417, 1947.
44. MACHACECK, G. F.—Archiv. Dermat. and Syphil., 40, 473, 1939.
45. NETHERTON, NIEDERMAYER, MORÁN y TILDEN.—Brit. Jour. Derm., 47, 230, 1935.
46. NIEDERMAYER, A. J. y MORÁN, T. J.—Ann. Int. Med., 23, 98, 1948.
47. PFEIFFER, V.—Deutsch. Arch. Klin. Med., 50, 438, 1892.
48. PIERINI, L. E., IRIGOVEN, L. y UGAZIO, D. A.—Publicaciones d. Centro d. Invest. Tisiol., 10, 97, 1946.
49. PUENTE, J. J.—Rev. Uruguay de Dermatol. y Sifil., 3, 52, 1938.
50. REED, A. C. y ANDERSON, H. H.—California and Western Med. J., 47, 325, 1937.
51. RIST, E. y RENAULT, P.—Bull. et Mem. Soc. Med. Hop. Paris, 63, 515, 1947.
52. ROSENBERG, W. A. y COHEN, T. M.—Illinois Med. J., 81, 19, 1942.
53. ROY, L. P. y LEXLER, J.—Laval Medical, 16, 173, 1951.
54. RUBIN, S. H. y BLAND, J. H.—Amer. Journ. Med., 7, 288, 1949.
55. SAM TZ, M. H. y COLETTI, S. M.—Arch. Derm. and Syphil., 6, 487, 1952.
56. SANFORD, H. N., EUBANK, D. F. y STENN, F.—Amer. J. Dis. Child., 83, 16, 1952.
57. SHAFER.—Arch. Derm. and Syphil., 38, 135, 1938.
58. SHUMMAN, C. R.—Archiv. Int. Med., 7, 669, 1951.
59. SKIÖLD, N.—Acta Med. Scand., 10, 43, 1940.
60. SLEPIAN, S. y SLADE, W.—New York State Journ. Med., 12, 197, 1952.
61. SCHWARTZ, N. H., LOFTUS, E. R. y FISCHLER, J. S.—New York State Journal Med., 12, 241, 1952.
62. SPAIN y FOLEY.—Amer. Journ. Pathol., 20, 783, 1944.
63. SPAIN, FOLEY y UNGAR.—Journ. Pathol. and Bact., 58, 175, 1946.
64. SMETANA, H. F. y BERNHARDT, W.—Arch. Pathol., 50, 296, 1950.
65. STEINBROCKER y cols.—Ann. Int. Med., 29, 22, 1948.
66. SWEITZER, S.—Arch. Derm. and Syphil., 43, 216, 1941.
67. SZODORAY, L.—Borogyogy vener saemie, 4, 220, 1950.
68. UNGAR, R. H.—Journ. Pathol. and Bact., 48, 178, 1946.
69. WEBER, F. P.—Brit. Med. J. Derm., 37, 301, 1925.
70. WEBER, F. P.—Brit. Med. J. Derm., 47, 230, 1935.
71. WEBER, F. P.—Rare disease and some debatable subjects. Stapples Press Limited, 2ª edition. Londres, 1947.
72. WERTHEIMER, E. y SHAPIRO, B.—Physiol. Rev., 28, 411, 1948.
73. ZEE, M. L.—Jour. Amer. Med. Ass., 130, 1,219, 1946.
74. ZIEGERT, H. J.—Zentralbl. Med., 61, 610, 1940.

## ORIGINALES

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS AFECIONES ABDOMINALES AGUDAS PRODUCIDAS POR EL DIVERTICULO DE MECKEL

A. GARCÍA-BARÓN.

Jefe del Servicio de Enfermedades del Aparato Digestivo en la Casa de Salud Valdecilla (Santander).

El divertículo de Meckel es la malformación congénita más frecuente de las abdominales en general, y de las debidas a la persistencia total o parcial del conducto ónfalo-mesentérico en particular, siendo en la práctica la única de estas últimas que interviene en el "abdomen agudo"; y no sólo por existir este divertículo en el 1 ó 2 por 100 de todos los individuos, sino también porque dada su localización, estructura de la mucosa y pobreza vascular, es un órgano tan vulnerable que se calcula que llega a sufrir una complicación en el 15 por 100 al 20 por 100 de los casos en que existe. Tiene gran predilección por el sexo masculino (en el 75 al 85 por 100), así como sus complicaciones por la edad juvenil (la mitad de los operados están por debajo de los doce años).

Asienta en el último metro del intestino delgado, implantándose de ordinario, aunque no siempre (historias núms. 1, 7 y 11), en su borde

antimesentérico y perpendicularmente a él; su longitud varía entre uno (historia núm. 10) y cinco traveses de dedo (historia núm. 6), (habiéndose encontrado hasta de 98 cm.—caso de CHAFFIN—alojado en el mesenterio y situado a lo largo y en inmediato contacto con el intestino delgado, constituyendo el llamado "íleon doble"); el calibre suele ser el de un asa delgada; el extremo proximal mantiene ese calibre (aunque algunas veces se inserta en el intestino a través de un orificio más estrecho) (historia núm. 1), mientras que el distal está cerrado en fondo de saco, habitualmente libre, y en el que, por excepción, puede estar alojado algún cuerpo extraño (historia núm. 1). Su estructura es idéntica a la del íleon, si bien en ocasiones parte de su mucosa es del tipo de la del estómago. En la cuarta parte de los casos existen en el organismo otras malformaciones congénitas.

Aunque la mayoría de los divertículos de Meckel transcurren sin síntomas, pues su vaciamiento es fácil, ya que poseen una musculatura eficaz y casi siempre amplia comunicación con el intestino, pueden dar lugar a complicaciones con la frecuencia y por los motivos antes mencionados, y ya desde los primeros meses de la vida. Los más importantes son:

A. *Inflamación.*—El divertículo posee un gran parecido con el apéndice vermiforme en

lo que concierne a su patología. El proceso inflamatorio, motivado de preferencia por el estasis del contenido, al que tal vez contribuya una torsión diverticular que estreche su habitual amplia comunicación con el íleon, se inicia en la mucosa, a la que puede quedar limitado si no sobrepasa el grado de inflamación catarral, que debe ser el más frecuente a juzgar por las reliquias que muchas veces se observan en divertículos vistos o extirpados en el curso de laparotomías practicadas con otros fines; pero si avanza hacia la superficie peritoneal del órgano, puede dar lugar, exactamente igual que en el apéndice, a empiema, gangrena, perforación, peritonitis localizada con pus (absceso) o sin él (plastrón inflamatorio), íleo secundario por las adherencias de las asas delgadas vecinas al foco peridiverticular y peritonitis difusa.

Si, como vemos, el cuadro anatomopatológico es idéntico al de la apendicitis, la misma semejanza existe en el clínico, hasta alcanzar tal grado que la diferenciación llega a ser imposible (historia núm. 2), por lo menos mientras el proceso no alcance la fase peritoneal y, con frecuencia, también después. Es cierto que el divertículo no suele implantarse en la porción cecal del íleon, sino más alejado del ciego y más cercano a la línea media; pero, en virtud de las circunvoluciones intestinales, puede residir hacia la fosa iliaca derecha y próximo al ciego, con tanta o más facilidad con la que un ciego móvil con su apéndice, o un apéndice largo y medial se acercan a la línea media. Igualmente, parece lógico que el tacto rectal dé datos positivos con más frecuencia en la diverticulitis que en la apendicitis. Sin embargo, es lo habitual que los síntomas dependientes de la localización del proceso no permitan la diferenciación, y menos aún si, como ocurre casi siempre, no pensamos en el divertículo de Meckel ante la abrumadora mayoría de los casos de apendicitis aguda, ya que por cada enfermo intervenido por una complicación aguda del divertículo de Meckel se realizan casi un centenar de apendicectomías de urgencia. A este respecto recuerdo que un médico joven, que asistió durante un par de meses a mi Servicio, tenía la incomprensible teoría de afirmar, ante todo caso de "abdomen agudo", que se trataba de una diverticulitis. No acertó nunca, pero en el día siguiente a su marcha, cuando habíamos diagnosticado una apendicitis perforada, y comentábamos irónicamente la contumacia del colega, el hallazgo operatorio nos hizo enmudecer: se trataba de una perforación del divertículo de Meckel.

Si se produce una participación peritoneal bajo la forma de plastrón, con absceso o sin él, ya es posible la diferenciación cuando esté situado fuera de la fosa iliaca derecha (historia número 2); de aquí el consejo de pensar en la diverticulitis cuando la localización en la re-

gión infraumbilical de un plastrón no corresponda a las típicas de la apendicitis.

En realidad, aunque en muchos casos no se sienta el diagnóstico de diverticulitis y sí el erróneo de apendicitis, hay la fortuna de que al ser idénticas las normas quirúrgicas de ambas afecciones se descubre en la operación la verdadera naturaleza del proceso, pudiendo así obrar en consecuencia. Pero si durante la intervención planeada contra una apendicitis nos damos por satisfechos con cerciorarnos de que el apéndice está sano y omitimos la regla fundamental de explorar entonces, entre otras zonas, el último metro del intestino delgado, con objeto de averiguar la causa que justifique el cuadro clínico preoperatorio, entonces cometeremos la torpeza, desdichada para el enfermo, de cerrar el vientre dejando en él el motivo del "abdomen agudo", en este caso una diverticulitis, como en otras diferentes afecciones no menos graves.

B. Ileo.—No sería fácil comprender cómo un ancho divertículo de longitud escasa y de terminación libre, en fondo de saco, puede convertirse en un agente de estrangulación si desconociéramos las particularidades, bien sencillas por lo demás, que ofrece la regresión del conducto ónfalo-mesentérico. Este, en un principio, establece la unión, a través del ombligo, entre el intestino fetal y la membrana vitelina, situada fuera del vientre del feto; pero comienza a obliterarse tan pronto que desaparece, sin dejar rastro, antes de que el embrión llegue a alcanzar un centímetro de longitud, o sea hacia las primeras seis semanas de la vida intrauterina. La obliteración tiene la particularidad de realizarse, de un modo progresivo, en dirección centrífuga, desde el ombligo al intestino, lo que explica qué anomalías pueden presentar. Si la obliteración falta en absoluto, quedará comunicado el intestino con el exterior, al nivel del ombligo ("fístula intestinal completa por persistencia del conducto ónfalo-mesentérico"); y si, lo que es mucho menos raro, la obliteración sólo es parcial, hay estas tres posibilidades: persistencia del sector periférico, con obliteración del resto ("fístula umbilical incompleta"); persistencia del sector vecino al intestino y obliteración periférica ("divertículo de Meckel"), que es, con mucho, la anomalía más frecuente dada la dirección normal de la obliteración, y persistencia del sector intermedio, con obliteración del central y del periférico ("enteroquistoma"). No olvidemos que estando el conducto ónfalo-mesentérico tapizado por mucosa, esta capa más interna ha de poseer la pared del sector que persista y que su secreción se evacuará, según el tipo de anomalía, por el ombligo en un caso, al intestino delgado en otro, o bien quedará retenida en el sector intermedio, formando una tumoración quística.

Ahora bien, llegando a lo que ahora más nos interesa, cuando lo único que persiste es el di-

vertículo de Meckel, tiene éste que quedar unido, durante un cierto tiempo, al ombligo por los restos del conducto ónfalo-mesentérico, transformado por su obliteración en un haz fibroso portador de los antiguos vasos, aunque más tarde este haz sea arrancado por las continuas tracciones que sobre él ejercen las ondas peristálticas del asa delgada en la que el divertículo se implanta. Esta sección espontánea puede tener lugar al nivel del fondo del divertículo (80 por 100 de los casos) o a alguna distancia de él (10 por 100). En la primera posibilidad, el fondo del divertículo queda redondeado y liso, mientras que en la segunda resulta prolongado por un cordoncito fibroso ("filum terminale") de variable longitud y que tiene la tendencia a adherirse a las formaciones vecinas (asas delgadas, mesenterio, pared abdominal).

De esto se deduce la multiplicidad de procedimientos por los cuales el divertículo de Meckel puede originar un íleo mecánico:

a) Cuando persiste íntegra la cuerda esclerosada divertículo-ombligo, puede ejercer una acción análoga a la de todas las bridas estrechas intraabdominales, o sobre ella se estrangula un asa delgada (historia núm. 4), o bien sirve de eje que facilita la torsión del sector intestinal en que el divertículo se implanta, y en el que este último resultará también torsionado. Igual ocurre cuando, no quedando del conducto ónfalo-mesentérico más que el "filum terminale", se adhiere éste, por su terminación, a un órgano alejado de su base de implantación. Este mecanismo es el más frecuente.

b) Cuando el "filum terminale" está adherido a un órgano cercano—por ejemplo, al mesenterio del asa en que se implanta el divertículo—queda formado un anillo, de amplitud variable, constituido, sucesivamente, en el mismo ejemplo, por el mesenterio, asa delgada, divertículo, acaso con su mesenterio (que es inconstante), "filum terminale" y mesenterio, a través del cual pueden introducirse con facilidad asas delgadas dispuestas a estrangularse o a ser estranguladas (historia núm. 6). A idéntico resultado se puede llegar, aunque falte el "filum terminale", si el fondo libre del divertículo está adherido inflamatoriamente, por brotes de diverticulitis, a un órgano adecuado.

c) Son frecuentes las combinaciones muy variadas, si bien comunes en lo esencial, entre los dos mecanismos principales citados.

d) Si la diverticulitis da lugar a un plastrón peridiverticular, es también fácil que sobrevenga, al igual que en la periferia de todos los focos de peritonitis circunscrita, la obliteración de alguna o algunas de las asas delgadas que de él forman parte.

e) En cuanto al íleo por invaginación, motivado por la inversión del divertículo en la luz del íleon, que queda convertido en la cabeza del invaginado, aunque a veces descrito, es raro. Y

más aún la oclusión del intestino producida por la simple torsión diverticular, que puede complicarse al perforarse éste (historia núm. 3). También hay que citar como máxima rareza el íleo producido por la adherencia del divertículo a la cicatriz de una sutura quirúrgica (historia número 5).

Así se explica: 1.º La frecuencia del íleo, cuyo origen está en un divertículo, que hace el 6 por 100 (entre 991 casos de íleo de HALSTED) en la escala de factores etiológicos de los síndromes de íleos mecánicos—a pesar de no existir divertículo más que en el 1 ó 2 por 100 de los individuos—, y el que la mitad de los casos operados por complicaciones diverticulares presenten el cuadro de íleo; y 2.º Su gravedad, debida a que tan sólo si el íleo es ocasionado por un plastrón peridiverticular hay probabilidades de que sea por obturación, mientras que cuando entran en juego—lo que hacen con mucha frecuencia—los restantes mecanismos, se produce una estrangulación de pronóstico muchísimo más grave, *empeorado aún más por la gran frecuencia con que se encuentra necrosado el divertículo*, explicada porque al formar parte del mecanismo estrangulante, si comprime el intestino por él estrangulado, resulta a su vez comprimido por éste, con la desventaja para él de que la más escasa vascularización de su pared le hace llegar antes a la gangrena (historia núm. 7).

No es posible precisar, ante un cuadro de íleo agudo, si es debido a un divertículo de Meckel. Tan sólo puede pensarse en esa probabilidad si existe, o ha existido, una anomalía visible del conducto ónfalo-mesentérico, tal como la fistula intestinal incompleta, con secreción mucosa, que se halla presente en el 6 por 100 de los casos de divertículo, y aun dándose esta eventualidad puede ocurrir que exista fistula, pero no divertículo. También puede darse la rareza de conocer la existencia del divertículo por haberle visto con motivo de una operación anterior (historia núm. 8). De ordinario, el diagnóstico preoperatorio suele ser simplemente el de íleo mecánico por obstáculo en el intestino delgado, que es correcto.

C. *Hemorragias y perforaciones ulcerosas.* Al emerger al divertículo del intestino delgado, y siendo su pared idéntica a la de éste, es lógico que en ella puedan observarse, aunque muy rara vez, diversas ulceraciones de la misma naturaleza y con las mismas eventuales complicaciones; pero las peculiares del divertículo son debidas a un hecho fortuito y aislado: la relativa frecuencia (hacia el 20 por 100 de los casos) con que en la mucosa diverticular, de preferencia en su base, existen zonas aberrantes de estructura análoga a la del fondo del estómago, en las que pueden aparecer verdaderos ulcus pépticos, que al no manifestarse por síntomas dolorosos, y mucho menos al estilo típico de la úlcera gastroduodenal, transcu-

rrén ignorados si no sobreviene una hemorragia, una perforación o ambas complicaciones simultáneamente.

a) *Hemorragia*.—Al presentarse, como hemorragia única o repetida, en la mitad de los casos de úlcera diverticular, no sólo tiene importancia por sí misma—ya que obliga a intervenir con urgencia dada la gravedad suma de su evolución espontánea—, sino también como signo, obtenible en la anamnesis, de la posible existencia de un divertículo de Meckel en aquellos casos en que la pérdida de sangre no produjo la muerte del paciente. Es habitual que se presente repentinamente y que sea intensa, y por ello que la sangre evacuada se mantenga roja, ya que al apresurarse la peristáltica de expulsión, traducida para el enfermo en algunos dolores aislados en retortijón, el paso rápido de la sangre desde la terminación del íleon al exterior, no se da tiempo a los jugos digestivos para que obren sobre ella, transformándola; además, no va acompañada de moco. Cuando, mucho más rara vez, la hemorragia es ligera, no hay retortijones y la sangre está más alterada por su permanencia más prolongada en el intestino.

En el niño son poco frecuentes las deposiciones sanguinolentas, y menos aún las melenas, por lo que no es difícil hacer el diagnóstico diferencial de su causa (púrpura, leucemia, gastroenteritis, invaginación, pólipos rectales). Sin embargo, por esto, *toda melena que sobrevenga en la infancia y edad juvenil debe despertar la idea sobre la posibilidad de un divertículo de Meckel*. Más tarde, las posibles causas de melena son más variadas (ulcus y cáncer gástrico, tumores intestinales, pólipos, divertículos del colon, invaginación intestinal); pero en unos casos el interrogatorio y en otros la exploración radiológica—con papilla ingerida o con enema opaco—, el tacto rectal y la rectosigmoidoscopia puede aclarar el origen de la hemorragia. Recordemos que en la invaginación intestinal la sangre está mezclada con moco y su expulsión está precedida y seguida de dolores cólicos, en retortijón, intensos y continuados, testimonio de que la peristáltica del intestino delgado está en lucha contra el obstáculo que le ocluye. En cuanto a demostrar directamente con los rayos X la existencia del divertículo, es tarea ingratisima, pues aun suministrando la papilla en pequeñas dosis fraccionadas y repetidas, y siguiendo su paso por el íleon de hora en hora, no es posible, casi nunca, ponerle de manifiesto. Por esto, a falta de una prueba decisiva, *es la ausencia, no supuesta sino demostrada, de las diferentes causas que en niños y adultos pueden producir una melena lo que nos debe de hacer pensar en que proceda de un divertículo de Meckel*.

b) *Perforación*.—La debida a una úlcera péptica es más rara que la hemorragia, que a veces la precede. Su cuadro clínico es el de todo

accidente perforativo agudo con predominio subumbilical, pero en el que no podemos precisar la localización del foco, aunque, como acabamos de mencionar, la existencia previa de melenas puede darnos una orientación diagnóstica (historia núm. 9). Recordemos, sin embargo, que si la exploración radiológica muestra un neumoperitoneo subdiafragmático, éste, por sí solo, nos permite eliminar la apendicitis perforada y casi con seguridad un íleo por estrangulación, al afirmarnos terminantemente que existe una perforación, de cualquier causa, gastrointestinal (historia núm. 10).

En el divertículo de Meckel pueden, de vez en cuando, desarrollarse tumores benignos y malignos de variada naturaleza, origen eventual también de hemorragias y perforaciones (historia núm. 11), aunque con menor frecuencia que en los ulcus pépticos.

D. *Estrangulación en saco herniario*.—Es la complicación más rara, a pesar de que la localización baja del divertículo en el íleon, con su amplio mesenterio, le confiere gran posibilidad de desplazamiento hacia los orificios herniarios. Se observa con más frecuencia en las hernias estranguladas inguinales que en las crurales, y, como es natural, con absoluto predominio de las del lado derecho. Caben tres posibilidades: que en el saco se halle, con el divertículo, el asa delgada en que se implanta; que no exista más que un segmento mayor o menor del divertículo (historia núm. 12); y, lo que es más raro, que haya un asa delgada y, además, todo un divertículo, o parte de él, correspondiente a otra asa intraabdominal (historia núm. 13). Unas veces el divertículo estrangulado está libre en el saco, mientras que en otras las adherencias entre ambos indican su larga permanencia intrasacular (historia núm. 14). De todos modos, el divertículo, pobremente vascularizado, soporta mal la limitación o suspensión del aporte sanguíneo que acarrea la estrangulación, por lo que se necrosa con mayor facilidad que el intestino delgado contenido también en el saco. Se comprende que la presencia del divertículo en una hernia estrangulada—inguinal, crural o umbilical—no puede ni ser sospechada antes de la operación.

HISTORIA NÚM. 1. Mujer de cuarenta y cuatro años. *Diagnóstico*: Íleo crónico de intestino delgado por adenocarcinoma estenosante de válvula ileocecal. *Hallazgo operatorio*: Hemicolectomía derecha. A un metro por encima de válvula hay, en el íleon, un divertículo de Meckel no implantado en el borde antimesentérico, sino en una cara; es cónico y termina en un abultamiento cuyo contorno tiene semejanza con el de la cabeza de un gato. En una de las "orejas" está alojada una formación redondeada (¿hueso de cereza?) que con un poco de insistencia hago pasar al intestino.

*Particularidades*. — Divertículo de Meckel, como hallazgo secundario, que se implanta en una de las caras del íleon, de forma rara y con un cuerpo extraño alojado en su fondo.

**HISTORIA NÚM. 2.** Hombre de diecisiete años. *Antecedentes:* Hace seis meses tuvo dolor en parte baja del cuadrante derecho inferior un par de días, sin vómitos, fiebre ni retención de materias y gases. No interrumpió su trabajo. *Episodio actual:* Hace cuatro días comenzó el mismo dolor, sin otros síntomas. Hay ha tenido que suspender su trabajo por ser más intenso. *Exploración:* Respiración abdominal, normal. Es dudoso si hay ligera contractura en el cuadrante derecho inferior; sin embargo, se palpan ciego y porción terminal del ileon, sobre el psoas contraído por la elevación del muslo, y el dolor provocado es muy escaso. Tacto rectal: Douglas, doloroso en el lado derecho. P., 80. T., 37,2°. *Diagnóstico:* ¿Apendicitis ligera? (cuatro días). Prefiero dejarle en vigilancia ante la ligereza del cuadro. Durante la noche no tiene dolores, pero al día siguiente por la mañana el dolor espontáneo y provocado han reaparecido más intensos y, aunque sigue la falta de contractura, decido la operación. *Hallazgo operatorio:* Algo de líquido de reacción peritoneal. Apéndice completamente normal. A unos 60 cm. por encima de válvula, se implanta en el borde mesentérico del ileon un divertículo de Meckel de 7 cm. de longitud que, ascendiendo, se adhiere, por medio de un "filum terminale" fibroso, al mesenterio y que ofrece las particularidades de que en el sector en que cruza perpendicularmente el asa delgada, el peritoneo visceral de ésta recubre la cara visible del divertículo, y que en su tercio distal queda adosado al mesenterio por una hojilla peritoneal de éste que le forma un meso, como si fuera un asa delgada. El divertículo está ligeramente inflamado. Extirpación con sutura en dos planos de la pared del ileon. Curación.

**Particularidades.**—No había posibilidad de diferenciar esta diverticulitis ligera de una apendicitis, también ligera.

**HISTORIA NÚM. 3.** Niño de nueve años. *Antecedentes:* Desde hace tres meses tiene algunos días dolores periumbilicales, en retortijón, que duran un minuto y acompañados de ruidos hidroaéreos. No vómitos, pero retención de heces el día que tenía dolor. *Episodio actual:* Hace cinco días comenzó con dolor no continuo en la región subumbilical que a las cuarenta y ocho horas, aun continuando en esa zona, se hizo más intenso en la fosa iliaca derecha, con paroxismos y que se han seguido intensificando hasta el momento del ingreso. Un vómito el primer día y muchos los dos últimos. Deposición espontánea el primer día y con enema el tercero. *Exploración:* Vientre algo distendido. Respiración abdominal muy moderada. Pared abdominal depresible, excepto por encima de pubis, donde se percibe una resistencia algo desviada hacia la izquierda que se mete en la pelvis y que es mate a la percusión. No hay dolor provocado más que sobre ella, pero más aún en la fosa iliaca derecha, que está libre. Tacto rectal: Douglas ocupado por un bloque inflamatorio lateralizado hacia la izquierda, pero que es más doloroso a la derecha. P., 160. T., 38°. Leucocitos, 10.000 (metas., 3; cay., 19; seg., 61; linf., 14; mon., 3). Rayos X: niveles y cámara de gas centrales; la papilla del enema opaco no llega a penetrar en la S iliaca. *Diagnóstico:* Ileo agudo de intestino delgado (¿por plastrón apendicular?) (cinco días). A la mañana siguiente el cuadro de ileo sigue, el vientre está más abombado, con asas transversales bien visibles; el plastrón se ha hecho impalpable y la zona que le cubre es timpánica; el fondo del Douglas está mucho más abultado, es renitente y muy doloroso; el pulso está en 100 con 37,5°. Leucocitosis de 14.300 (metas., 1; cay., 23; seg., 71; linf., 5) y el estado general ha empeorado. *Hallazgo operatorio:* Comienzo por practicar una punción en el Douglas, obteniendo abundante líquido flúido de color oscuro. Queda en él una cavidad, pero con una pared anterior que me hace la impresión de estar formada por asas distendidas y adheridas. Por palpación combinada parece que el globo suprapúbico ha desaparecido casi por completo. Pero este resultado

no me satisface. Laparotomía media supraumbilical. Asas delgadas, unas distendidas y otras colapsadas, correspondiendo el límite de separación a una formación intestinal grande, en forma de pera, torsionada a nivel de su pedículo, alojada en el fondo de Douglas, al que está claramente adherida. Liberada y destorsionada se ve que tiene una perforación al nivel de la torsión, por lo que sale un líquido análogo al obtenido por punción transrectal. Extirpación y sutura. Fístula evacuable a lo Witzel en intestino delgado. Desagüe en el Douglas. El enfermo fallece tres días más tarde de peritonitis.

**Particularidades.**—El grave error, que retrasó la operación, fué no pensar en el divertículo de Meckel, a pesar de que el plastrón asentaba en la línea media y no había hallazgo positivo en la fosa iliaca derecha, omisión tanto más inexplicable cuanto que acepté de muy mala gana la idea de un plastrón apendicular. Raro caso de torsión del divertículo de Meckel que obstruye secundariamente el intestino delgado en que se implanta (una vez destorsionado el divertículo, recobró el intestino su calibre habitual) y se perfora al nivel del cuello torsionado.

**HISTORIA NÚM. 4.** Niña de tres años. *Antecedentes:* Hace un año, cuadro agudo abdominal con dolor intenso, que duró sólo un rato, comenzando entonces con diarrea, heces con sangre y moco, que persistió durante ocho meses. Algunos áscaris. Desde hace cuatro meses, deposición diaria normal. *Episodio actual:* Hace nueve horas empezó con dolor de vientre, flojo, en la fosa iliaca derecha, que fué aumentando progresivamente de intensidad y que persiste. Es continuo, pero con exacerbaciones que coinciden con ruidos intestinales audibles por las personas que la rodean. Vómitos repetidos desde el principio. Retención de materias y de gases. *Exploración:* Respiración abdominal, normal. El vientre está blando. A la palpación no duele más que en la fosa iliaca derecha, pero muy poco, poquísimo. P., 108. T., 37,6°. Leucocitosis: 14.400 (eosin., 1; cay., 3; seg., 84; linf., 11; mon., 1). Queda ingresada en el Servicio. Aspiración continua. Al día siguiente, por la mañana, aunque tiene algún retortijón y vomita algo, el vientre sigue blando y sin distensión; pero por la tarde sobreviene una agravación muy acentuada, con dolores intensísimos y casi continuos y con gran palidez y frecuencia del pulso. A rayos X se ven abundantes niveles líquidos con cámaras gaseosas en el intestino delgado y hay 9.800 leucocitos (mielo., 1; metas., 9; cayado, 20; seg., 35; linf., 28; mon., 3). *Diagnóstico:* Ileo agudo por obstáculo de causa desconocida en el intestino delgado (treinta y tres horas). *Hallazgo operatorio:* Asas delgadas moderadamente distendidas. Existe un divertículo de Meckel implantado en la porción terminal del ileon y continuado por un haz en brida hasta la pared anterior del abdomen, en la vecindad del ombligo, donde se inserta. Abraza en forma de 8 a un asa delgada, que estrangula. Sección de la brida y extirpación del divertículo. La enfermita fallece una hora más tarde.

**Particularidades.**—Aunque era evidente el diagnóstico en el momento del ingreso, intenté el tratamiento conservador por el buen estado general y local de la niña y por la pequeña edad de ésta; pero por desgracia, cuando veinticuatro horas más tarde sobrevino la agravación, ya era demasiado tarde. Si hubiera pensado en el divertículo de Meckel cuando ingresó, la hubiera intervenido inmediatamente por saber que era mucho más probable que el ileo fuese por

estrangulación que por obturación. Persistencia total del haz fibroso, representando al conducto ónfalo-mesentérico obliterado, desde el divertículo hasta el ombligo, y que estrangula un asa delgada.

**HISTORIA NÚM. 5.** Mujer de cuarenta y siete años. *Antecedentes:* Hace siete años fué sometida a una laparotomía infraumbilical media por motivos ginecológicos. Quedó completamente bien. *Episodio actual:* Desde hace treinta horas tiene dolores de vientre, en retortijón, con ruidos intestinales, que persisten con la misma intensidad y que ofrecen la máxima en epigastrio. Numerosos vómitos desde el comienzo, últimamente biliosos. Retención de materias y gases. *Exploración:* Vientre poco o nada distendido. Respiración abdominal, normal. No hay contractura. Dolor provocado, difuso e impreciso. Macidez hepática conservada. P., 120, muy hipotensas. T., 36. Radioscopia: abundantes niveles líquidos, con cámaras de aire, laterales y centrales; el enema opaco penetra hasta la mitad del colon transverso, pero la enferma, muy indómita y poco inteligente, se saca varias veces la sonda y expulsa la papilla. Algo de frialdad periférica. Muy mal estado general. *Diagnóstico:* Ileo agudo postoperatorio tardío por obstáculo en el intestino delgado (treinta horas). *Hallazgo operatorio:* Asas del ileon terminal colapsadas; las más altas, distendidas. Tiene hecha una histerectomía subtotal. Las asas colapsadas están adheridas entre sí a la pared lateral derecha de la pelvis y al fondo de ésta. Libero las adherencias. Queda una última, la más alta, constituida por un divertículo de Meckel, de paredes sumamente delgadas, fijado por su punta al muñón del cuello de matriz. Inmediatamente por encima de él es donde comienza la dilatación de las asas delgadas. Extirpación del divertículo. La enferma, en muy mal estado antes de la intervención, no se recupera después de ésta y fallece a las pocas horas.

**Particularidades.**—En este ileo postoperatorio tardío (siete años), por adherencias, jugaba el divertículo de Meckel el papel desencadenante por su fijación al muñón del cuello de matriz. Nada hacía suponer, como es natural, su existencia ni su participación en el cuadro que costó la vida de la enferma.

**HISTORIA NÚM. 6.** Hombre de veinticinco años. *Antecedentes:* Ninguno. *Episodio actual:* Hace seis días comenzó con dolor repentino, y ya intenso desde el principio, en el lado derecho del vientre, que pronto se irradió a todo él. Era intermitente, a retortijón, que sobrevenía cada cinco minutos, acompañado de ruidos hidroaéreos y de formación de elevaciones. Fué aumentando la intensidad hasta hace dos días, en que decreció, volviendo a aumentar hace diecisiete horas y habiendo disminuido mucho desde hace cuatro horas, hasta el punto de que ahora sólo hay ligero dolor periumbilical. Vómitos numerosos desde hace diecisiete horas. Desde el tercer día se abultó el vientre, pero cuando se iniciaron los vómitos volvió a la normalidad. Desde hace tres días, retención de materias y gases. No fiebre. Le han suministrado tres purgantes, que vomitó. *Exploración:* Abdomen no abultado. Respiración abdominal, normal. En la fosa iliaca izquierda se percibe el relieve de un asa. No hay contractura. Bazuqueo muy acentuado en hipogastrio. Palpación negativa, que provoca escaso dolor. P., 115. T., 38,5°. Tacto rectal: Douglas, ocupado y doloroso. Radioscopia en vacío y de pie: hay dos niveles líquidos en la parte baja e izquierda del vientre y otro en la parte alta del mismo lado. La papilla del enema opaco penetra bien hasta el ciego. Leucocitosis, 5.100 (metas., 15; cay., 19; seg., 19; linf., 37; mon., 2). *Diagnóstico:* Ileo agudo por obstáculo en el intestino delgado. ¿Causa? (seis días). *Hallazgo operatorio:* No hay lesiones peritoníticas. Se ven unas asas

delgadas muy dilatadas y otras colapsadas. En intestino delgado, a unas dos cuartas del ciego, hay un divertículo de Meckel, de unos 10 cm. de longitud y de paredes no inflamadas, que prolongado por un haz vascular en cinta se inserta en el mesenterio. En el arco que forma está estrangulado un segmento del ileon—el inmediato superior a la implantación intestinal del divertículo—de unos 20 cm. de longitud. Mesenterio ileo cólico común, con gran movilidad del ciego colon, que está adherido a su mesocolon. En el vientre hay otras bridas vasculares de origen congénito. Extirpación del divertículo y sección de todas las bridas. El enfermo no se repone de la operación y fallece unas horas más tarde.

**Particularidades.**—El diagnóstico fué correcto, pero no pensé en el divertículo de Meckel, que en este caso ofreció la curiosidad de no hallarse inflamado—ni macro ni microscópicamente—, sino que al estar prolongado por un haz vascular congénito que se fijaba en el mesenterio formó un anillo pasivo de estrangulación. La fórmula leucocitaria era muy desfavorable.

**HISTORIA NÚM. 7.** Niña de seis años. *Antecedentes:* De siempre ha expulsado muchos áscaris lumbricoides. *Episodio actual:* Desde hace cuatro días, dolores intermitentes, en retortijón, con formación de bultos y ruidos de tripas, que continúan. Vómitos acuosos y alimenticios desde el comienzo. El primer día, dos deposiciones líquidas; hace ocho horas movió el vientre con un enema. Ha tenido fiebre hasta 38°. Estos días también ha expulsado áscaris. *Exploración:* Vientre más abultado que lo habitual. No hay contractura. Dolor provocado sólo en la mitad derecha, con máximo en el cuadrante inferior. Tacto rectal, negativo. P., 86. T., 37°. Rayos X: cámaras abundantes de aire en el hemicolon izquierdo; dos niveles líquidos, que el enema opaco, que penetra bien hasta ciego, demuestra que corresponden al intestino delgado. Leucocitosis, 5.800 (metas., 12; cay., 17; seg., 23; linf., 45, mon., 3). Durante la exploración se observa una crisis con peristáltica visible y dolorosa y ruidos hidroaéreos. *Diagnóstico:* Ileo agudo por obstáculo en el intestino delgado, muy probablemente motivado por áscaris (cuatro días). Prefiero el tratamiento conservador. Durante la noche tiene crisis muy intensas y repetidas de dolor y expulsa algunos áscaris. No quiero demorar más tiempo la intervención. *Hallazgo operatorio:* Bloque inflamatorio hacia fosa iliaca derecha (que me hace pensar en el primer momento en una apendicitis) constituido por un asa del ileon estrangulada por un divertículo de Meckel necrosado y perforado (sale contenido por el orificio), convertido en una membrana blanquecina. Ganglios en el mesenterio correspondiente. El divertículo, que se extirpa, ofrece la anomalía de tener su asiento no en el borde libre del asa delgada, sino en el mesentérico. Cierre total de la herida. El curso postoperatorio fué muy accidentado, sobre todo los primeros días. Al fin, curación, previa infección de herida.

**Particularidades.**—Parecía evidente, al ingresar, el diagnóstico de ileo por áscaris, aunque la fórmula leucocitaria—muy desfavorable—me desconcertaba. Lo que me obligó a la operación, a las doce horas del ingreso, fué la acentuación de las crisis dolorosas; pero llegué a ella sin rectificar el diagnóstico inicial, que aunque exacto en parte tuvo el gran error de retrasar una operación que, a duras penas, fué salvadora. Necrosis y perforación del divertículo de Meckel estrangulante. Implantación anormal de éste en el borde mesentérico del intestino.

**HISTORIA NÚM. 8.** Hombre de treinta años. *Antecedentes:* Hace dos fué operado en el Servicio de herida, por arma de fuego, penetrante y complicada (con tres perforaciones de intestino delgado y una rasgadura de mesenterio), comprobándose en la intervención que existía un divertículo de Meckel, implantado a un metro, aproximadamente, de válvula ileo cecal. Curación por primera intención. *Episodio actual:* Sin haber vuelto a padecer de vientre, comenzó, hace cuarenta y ocho horas, con dolor en la mitad infraumbilical, sin máximo precisable y continuo, que persiste. Náuseas y algún vómito bilioso hace diez horas. Hizo una deposición al comenzar el cuadro y emite gases con normalidad; algún ruido intestinal. Le han puesto dos inyecciones, cuya naturaleza desconoce, hace veinticuatro y dieciocho horas. *Exploración:* Cicatriz de antigua laparotomía ombligo-pubis. Respiración abdominal, normal. La parte alta de la región subumbilical está abultada. Dolor provocado, tan sólo en la mitad infraumbilical y por igual en ambos cuadrantes. Macidez hepática conservada. P., 82. T., 36,5°. A radioscopia se ven numerosos niveles líquidos centrales; el enema opaco penetra bien hasta ciego. *Diagnóstico:* Ileo agudo incompleto postoperatorio tardío, por obstáculo en el intestino delgado, y muy probablemente por obturación, no por estrangulación (cuarenta y ocho horas). Decido el tratamiento conservador. Persiste durante tres días el cuadro de íleo incompleto y moderado con algunos retortijones con ruidos, emitiendo gases e incluso heces, con enemas, sin vómitos y sin la menor elevación del pulso ni temperatura. Hay también dolor continuo, espontáneo y moderado, y a la palpación duele, sobre todo, detrás de la mitad superior de la cicatriz, donde parece tocarse algo en la profundidad. A rayos X continúan viéndose los niveles. El vientre no está elevado ni tenso. La persistencia del cuadro me obliga a la intervención al empezar el cuarto día del ingreso. *Hallazgo operatorio:* Amplias adherencias antiguas entre intestino delgado y epiploon al peritoneo parietal en la región de la cicatriz operatoria. Líquido purulento en el abdomen inferior y en el fondo de Douglas. El plastrón, que anteriormente se había percibido al palpar, estaba formado por epiploon infiltrado y adherido a un bloque de asas delgadas, de las que estaban ya de antiguo adheridas al peritoneo parietal. Despegándole con cuidado, se cae en una cavidad purulenta, en la que existe un colgajo necrosado no identificable. Liberando del todo el epiploon se comprueba, al fin, que se trata de una estrangulación de intestino delgado ocasionada por el divertículo de Meckel, más tarde necrosado. Extirpación. Drenaje de la pelvis, a lo Mickulitz. Alta, por curación, a las cinco semanas. Posteriormente, cura radical de una pequeña hernia postoperatoria.

**Particularidades.**—En el momento del ingreso, parecía correcto el diagnóstico de íleo postoperatorio e incompleto, y no por estrangulación, sino por obturación. Y, sin embargo, la causa estaba en una estrangulación del intestino delgado. No pensé en el divertículo de Meckel, aun sabiendo que existía en el enfermo, acaso porque el diagnóstico inicial me parecía evidente. Más tarde, durante los tres días que estuvo sometido al tratamiento médico, persistió el cuadro de íleo incompleto con pulso y temperatura normales, constituyendo la única manifestación peritonítica la resistencia profunda que se notó en el segundo día. Sin embargo, no decidí la intervención por temor a una peritonitis, sino por la continuación del estado de íleo. Es posible que hubiera debido llamarme más la atención, ya desde el momento del interrogatorio, que además del dolor intermitente, en retortijones, existía dolor continuo,

aunque no intenso, más propio, de ordinario, de una estrangulación que de una obturación. En este caso es muy probable que la estrangulación del intestino delgado no llegase a producir un íleo completo por sobrevenir antes la necrosis del agente estrangulante, el divertículo de Meckel, origen, a partir de ese momento, de una peritonitis, cuyo único exponente, repito, era la resistencia profunda que parecía palparse en nivel de la parte superior de la antigua cicatriz laparotómica. De todos modos, el aplazamiento de la operación puso en muy grave peligro la vida del enfermo.

**HISTORIA NÚM. 9.** Muchacho de catorce años. *Antecedentes:* Ninguno. *Episodio actual:* Comenzó hace treinta horas con dolor generalizado de vientre, más acusado en la mitad infraumbilical, que diez horas más tarde se hizo intensísimo, ya sin máximo, persistiendo así seis horas, al cabo de las cuales se atenuó durante dos horas, para volver a hacerse muy intenso; desde hace cuatro horas se ha calmado mucho. Bastantes vómitos biliosos desde la acentuación que tuvo a las diez horas. Deposición líquida hace veinte horas; no ha habido retención de gases. Al terminar el interrogatorio manifiesta la madre que hace siete meses que tuvo una deposición negra muy abundante, acompañada de dolores abdominales, que duraron cinco días. *Exploración:* Respiración abdominal, limitada. No hay contractura, pero parece que la pared de la fosa iliaca derecha no se deprime con tanta facilidad como la izquierda. Dolor provocado en todo el vientre con mínimo en la mitad supraumbilical y máximo en el cuadrante inferior izquierdo. Insistiendo en la exploración, se acaba por dejar deprimir bien la pared del cuadrante inferior derecho, mientras que no se consigue en el inferior izquierdo más que en la zona vecina a la espina iliaca. Macidez hepática conservada. P., 124. T., 38,4°. Tacto rectal: Douglas no abombado, pero muy doloroso, sobre todo en el lado izquierdo. Leucocitosis, 39.300 (cay., 8; segmentados, 82; linf., 6; monoc., 4). *Diagnóstico:* Peritonitis con origen en la fosa iliaca izquierda. ¿Causa? (treinta horas). *Operación:* Algo de líquido serosanguinolento en cavidad. En el lado izquierdo de la pelvis menor hay un pequeño bloque inflamatorio tan sólo adherido al sector intestinal más vecino y al mesenterio más próximo. Se trata de un divertículo de Meckel de 4 centímetros de longitud y de pared tan espesa que parece una neoformación, en cuya base hay una perforación. El sector proximal del intestino delgado y su mesenterio están muy infiltrados. Por temor a que los vasos de este último estén trombosados practico una resección intestinal de 12 cm. con anastomosis término terminal. Cierre total de la pared. Curación.

**Particularidades.**—Al ser seguro un proceso peritonítico y tener que desechar una apendicitis, de no admitirla izquierda, no hubo la exactitud en el diagnóstico que hubiera podido lograr de haber valorado más la melena que había existido unos meses antes y, sobre todo, si hubiese pensado en el divertículo de Meckel.

**HISTORIA NÚM. 10.** Niño de seis años. *Antecedentes:* Ninguno. *Episodio actual:* No encontrándose, desde hace dos días, completamente bien, empezó hace treinta y cinco horas con dolor de vientre, de preferencia en hipogastrio, por igual en ambos lados e intermitente. Los retortijones, acompañados de ruidos intestinales, que le obligaban a retorcerse, duraban unos cinco minutos y los períodos libres unos diez o más. El dolor sigue con iguales características. Un vómito muy abundante hace siete horas. Retención de materias y gases. Nunca ha expulsado áscaris. *Exploración:* Vientre distendido, so-

bre todo en su mitad superior. No hay contractura. Se perciben asas a tensión. No duele, y sólo ligeramente, más que en el cuadrante derecho inferior. Algo de chapoteo abdominal. Macidez hepática, desaparecida. Tacto rectal, un poco doloroso. P., 92. T., 36,9°. Rayos X: de pie y en vacío se ven unos ocho niveles líquidos con cámaras de gas; el enema opaco penetra hasta el ciego, persistiendo los niveles. Leucocitosis, 7.900 (metas., 1; cay., 24; seg., 46; linf., 26; mon., 3). *Diagnóstico*: Ileo mecánico por obstáculo en el intestino delgado (treinta y seis horas). *Operación*: Peritonitis no intensa con asas enrojecidas y dilatadas, adherencias entre ellas y líquido turbio. A una cuarta por encima del ciego hay, en el ileon, un divertículo de Meckel, corto, de unos 2 cm., con meso y con una perforación en su punta. Extirpación y sutura. Desagüe a lo Mickulitz. Curación.

**Particularidades.**—Los antecedentes me hablaban decididamente a favor de un ileo mecánico, al igual que los datos suministrados por la exploración. Los obtenidos con la radiología eran comunes al ileo mecánico del intestino delgado y al paralítico secundario a la peritonitis. Si ante la pantalla se hubiese fijado la atención en los espacios subfrénicos, acaso se hubiera encontrado un neumoperitoneo que hubiera hecho desechar la creencia en un ileo: esta omisión es reprochable. Estimo este error diagnóstico como inevitable.

**HISTORIA NÚM. 11.** Hombre de cincuenta y nueve años. *Antecedentes*: Ninguno. *Episodio actual*: Hace veintiuna horas se despertó con dolor lento en la región infraumbilical que se transformó en retortijones bastante intensos, que duraban unos diez minutos y se repetían cada media hora, acompañados de ruidos intestinales perceptibles durante y después del dolor. Al terminar el retortijón evacuaba gases, lo que le aliviaba. Desde hace nueve horas han cesado los dolores intermitentes, quedando sólo un dolor continuo y lento en la región infraumbilical que tiende a disminuir y que en el momento del ingreso sólo es sentido si respira profundamente. No vómitos. Cuatro deposiciones diarreicas, la última hace nueve horas. *Exploración*: Respiración abdominal, normal. No hay contractura. Dolorimiento provocado generalizado, sin máximo. P. 92. Temperatura, 37,6°. Tacto rectal, negativo e indoloro. *Diagnóstico*: Ileo en regresión (veintiuna horas). *Evolución*: Al día siguiente (había ingresado a las dos de la mañana) no hay dolor espontáneo más que al toser; persiste el dolorimiento generalizado provocado; pulso hacia 100 con 38,3°. Al segundo día la temperatura y el pulso caen a lo normal. El tercer día el enfermo está bien y todo hace suponer que en vía de curación. El cuarto día, por la tarde, enema que consigue una deposición, pero inmediatamente aparece dolor intenso por todo el vientre con extraordinaria agravación. Apenas contesta. No hay contractura; dolor provocado intenso por todo el vientre; desaparición de la macidez hepática; pulso en 120, muy hipotenso y frialdad periférica. Evidentemente ha tenido lugar una perforación. Le llevo a la sala de operaciones, pero a poco de entrar en ella desaparece el pulso en radial. Desisto de la intervención y el enfermo fallece media hora más tarde. *Obducción*: Foco de peritonitis localizada infraumbilical, que se ha generalizado. A 2 cm. de válvula ileocecal hay en el intestino delgado una neoformación implantada en una cara y que estrecha algo la luz intestinal. Es maciza, pero en su eje hay un túnel que por un extremo se comunica con el intestino y el otro termina en una perforación, origen de la peritonitis. El examen histológico enseña que se trata de un fibroma de un divertículo de Meckel.

**Particularidades.**—Cuadro de ileo muy atenuado en el momento del ingreso. Parecía indicada la abstención operatoria. Al día siguiente, mejoría del cuadro. Después, dos días y medio asintomáticos, que hacían esperar que se había realizado la resolución definitiva y favorable del cuadro. Repentinamente, cuadro perforativo tan grave que hace inútil toda intervención. Sin embargo, durante todo el tiempo había existido una peritonitis localizada producida por la perforación de un fibroma del divertículo de Meckel. A pesar de la vigilancia cuidadosa no pudo ser evitado el desastre.

**HISTORIA NÚM. 12.** Hombre de diecinueve años. *Antecedentes*: Desde hace un año, hernia inguinal derecha, reductible e indolora. *Episodio actual*: Hace catorce horas comenzó a doler y se hizo irreductible. Intensos dolores en retortijón. Vómitos. Retención de materias y gases. *Exploración*: Hernia de regular tamaño, irreductible y dolorosa. P., 80. T., 37,1°. *Diagnóstico*: Hernia inguinal congénita derecha estrangulada (catorce horas). *Hallazgo operatorio*: El saco, bastante voluminoso, contiene dos asas delgadas poco alteradas. Entre la más interna y el borde medial del anillo de estrangulación emerge un sector de intestino, de unos 4 cm. de longitud, y de color más oscuro que las otras dos asas y de pared más alterada. Seccionado el anillo se comprueba que corresponde al extremo distal de un divertículo de Meckel, de 7 cm. de largo, y que se implanta en el intestino delgado a unos 10 cm. por encima del asa más alta estrangulada. Curación.

**Particularidades.**—Presencia de la mitad distal de un divertículo de Meckel en una hernia inguinal derecha estrangulada. Su pared está más alterada que la del intestino delgado contenido en el saco.

**HISTORIA NÚM. 13.** Hombre de sesenta años. *Antecedentes*: Desde hace veinte años, hernia inguinal derecha, reductible e indolora. *Episodio actual*: Hace veinticuatro horas se hizo dolorosa e irreductible. Dolores abdominales en retortijón. No náuseas ni vómitos. Última deposición, hace once horas. *Exploración*: Hernia grande, escrotal, irreductible y dolorosa. P., 62. T., 37,3°. *Diagnóstico*: Hernia inguinal derecha estrangulada (veinticuatro horas). *Hallazgo operatorio*: Saco muy grande que contiene unas cuantas asas delgadas en buen estado. Anillo de estrangulación poco apretado. Una vez reingresadas casi todas las asas, queda una que no se puede reducir porque de su convexidad parte un divertículo de Meckel, de unos 8 cm. de longitud, adosado a lo largo de la pared interna del saco y mantenido fijo en esa situación y en toda su extensión, porque el peritoneo parietal cubre su semicircunferencia interna. Curación.

**Particularidades.**—Hernia inguinal derecha estrangulada que contiene, además de asas delgadas, un divertículo de Meckel fijado, de antiguo, a la cara interna del saco, y que tanto pudo favorecer la estrangulación del intestino como la torsión de los sectores vecinos intra-abdominales.

**HISTORIA NÚM. 14.** Hombre de treinta y seis años. Desde hace once años, hernia inguinal derecha, reductible e indolora. Nunca accidente de estrangulación. *Hallazgo operatorio*: Saco de hernia oblicua externa muy largo y delgado, que contiene un divertículo de Meckel de cinco traveses de dedo de longitud, libre en toda su extensión, menos en su fondo, que está firmemente adherido al del saco. Extirpación. Curación.

*Particularidades.* — Permanencia constante y antigua del divertículo de Meckel en una hernia inguinal por adherencia intensa de su fondo al del saco.

## RESUMEN.

Se exponen aquellas complicaciones agudas a que puede dar lugar el divertículo de Meckel. Las más importantes son la inflamación, el íleo y las hemorragias y perforaciones. Se presentan 14 historias clínicas estudiadas personalmente.

## SUMMARY

The acute complications to which Meckel's diverticulum may give origin are reviewed. Inflammation, ileus, and haemorrhages and perforation are the commonest accidents. Fourteen case records studied by the writer are reported.

## ZUSAMMENFASSUNG

Man bespricht die akuten Komplikationen, die durch ein Meckel'sches Divertikel hervorgerufen werden können. Am Wichtigsten sind die Entzündungen, ein Ileus, die Blutungen und Perforation. 14 Krankengeschichten von selbst beobachteten Fällen werden mitgeteilt.

## RÉSUMÉ

On expose les complications aiguës que le diverticule de Meckel peut produire. Les plus importantes sont l'inflammation, l'iléus, et les hémorragies et perforation. On présente 14 histoires cliniques étudiées personnellement.

## CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR CON HIDRAZIDA DEL ACIDO ISONICOTINICO

A. PEREDA.

Dispensario Antituberculoso de Alava, Sanatorio Antituberculoso El Campillo. Director: ANTONIO PEREDA.

Cuando se anunció la existencia de un nuevo medicamento—la hidrazida del ácido isonicotínico—para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, se hizo una propaganda de gran estilo que, al influir sobre un gran número de enfermos, obligó en muchos casos a comenzar los primeros tratamientos sin el conocimiento necesario para poder actuar con el mínimo de se-

guridades precisas. Por ello, algunas de las ideas que entonces se expusieron han sufrido modificaciones sustanciales en el transcurso de un año.

No estimamos necesario resumir los extensos datos que se han publicado sobre diversos aspectos del tema: la historia del medicamento, la prioridad de su aplicación en clínica, los trabajos experimentales sobre su capacidad bacteriostática, su toxicidad, etc., ni sobre las primeras experiencias clínicas de KLEE, en Alemania, y SELIKOFF y cols., en América, porque ya han sido repetidamente publicadas y profusamente difundidas en nuestro país, incluso por algunas casas comerciales en diversas monografías. Nos limitamos, por tanto, a exponer nuestra experiencia después de haber tratado a un numeroso grupo de enfermos durante el tiempo necesario para poder deducir algunas impresiones que, naturalmente, son provisionales, ya que son necesarios plazos mucho mayores para obtener conclusiones que puedan considerarse como definitivas. Aunque en este caso concreto es posible que, por la rapidez con que aparece la resistencia al medicamento cuando éste se utiliza como medicación única, no sean precisos grandes períodos de tiempo para llegar a juicios consistentes sobre su eficacia.

En el primer trabajo de ROBITZEK y SELIKOFF, y en la gran mayoría de los que después se han publicado, se ha señalado repetidamente el efecto, muchas veces teatral, que la isoniazida tiene sobre la toxemia, temperatura, tos, expectoración, anorexia, curva de peso, sensación subjetiva de euforia, etc., por lo que no insistimos más sobre estos datos. Pero es necesario estudiar detenidamente su acción sobre signos más interesantes y decisivos para poder obtener un juicio más exacto que permita colocar a la hidrazida en el lugar que le corresponde entre los diversos medicamentos hoy en uso.

Hace un año comenzamos a tratar los primeros enfermos y procuramos no estar influidos por la impropia campaña propagandística, por lo que no esperábamos conseguir resultados espectaculares. Iniciamos los primeros tratamientos, de acuerdo con el criterio general, con dosis de 3-5 mg. por kilo de peso y día. Poco después, la escuela alemana aconsejaba aumentar esta dosis inicial a 10 mg. por kilo de peso y día en el transcurso de la segunda o tercera semana de tratamiento para subir más tarde a los 15 mg. si la forma clínica así lo aconsejaba y la tolerancia del enfermo era buena. Seguimos esta pauta en los enfermos ya en tratamiento, pero en los que después fuimos tratando comenzamos a darles estas dosis altas desde el primer día. Posteriormente, y en algún caso, hemos incluso aumentado estas dosis de 15 mg. por kilo de peso y día hasta llegar a los 20 mg. Iniciamos, pues, los tratamientos con 15-20 comprimidos diarios, repartidos